

## Regionalizzazione e politiche socio-assistenziali

**Ilaria Madama**

RPS

*L'articolo indaga l'emergere di nuovi «spazi di cittadinanza sociale» a livello sub-nazionale in Italia con riferimento alle politiche di assistenza sociale. In questo settore, infatti, i livelli meso hanno tradizionalmente rivestito un ruolo di primo piano che, a partire dall'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, è stato progressivamente esteso fino all'attribuzione di competenza esclusiva in materia ad opera della recente riforma del titolo V della Costituzione.*

*Dopo aver ricostruito l'evoluzione storica delle politiche di assistenza sociale in Italia, l'articolo offre un'analisi della differenziazione raggiunta a livello regionale, in termini sia di spesa che di offerta di servizi. Il saggio si conclude avanzando alcune riflessioni sugli scenari e le prospettive che si aprono oggi nel nostro paese per il settore dell'assistenza sociale, in particolare con riferimento al processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.*

### 1. Introduzione

La letteratura sulle trasformazioni dei confini territoriali dei sistemi di protezione sociale (Ferrera, 2005) ha messo in luce come le unità territoriali sub-nazionali (in particolare, le Regioni) stiano acquisendo nuova rilevanza, proponendosi come «nuovi e peculiari spazi delimitati da confini», relativamente autonomi in alcuni settori della protezione sociale. Il caso italiano appare particolarmente interessante a questo riguardo. Analogamente a quanto avvenuto in molti altri paesi europei (Caciagli, 2006), negli ultimi decenni l'architettura istituzionale del nostro paese è andata trasformandosi a seguito del decentramento di poteri e competenze dal centro alla periferia. In particolare, negli anni novanta il processo di regionalizzazione ha conosciuto una sensibile accelerazione, culminata nell'approvazione della riforma costituzionale del 2001.

L'articolo indaga l'emergere di nuovi «spazi» di cittadinanza sociale con riferimento alle politiche di assistenza sociale, un settore di politica sociale in cui i livelli *meso* hanno tradizionalmente rivestito un ruolo

di primo piano. In Italia, a partire dall'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, questo ruolo è stato progressivamente esteso fino all'attribuzione di competenza esclusiva in materia alle Regioni ad opera della recente revisione del titolo V della Costituzione. Nel nuovo quadro costituzionale, allo Stato è riservato il ruolo di garante del rispetto dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep), con funzioni di supervisione e controllo, nonché di supplenza in caso di mancato rispetto da parte dei governi sub-nazionali dei livelli stessi. Questi ultimi, in un sistema a forte regionalizzazione come quello italiano, vanno così a costituire la garanzia di un'uniformità di base dell'intervento socio-assistenziale sul territorio nazionale.

Più nel dettaglio, il saggio si articola in tre sezioni. Nella prima viene ricostruita l'evoluzione storica delle politiche di assistenza sociale in Italia, cercando di far emergere le interazioni intercorse con il processo di regionalizzazione. La seconda sezione offre invece un'analisi della differenziazione raggiunta a livello regionale, volta a delineare i tratti essenziali assunti dalla cittadinanza sociale a livello territoriale. Nella terza sezione, infine, il paper si conclude avanzando alcune riflessioni sugli scenari e le prospettive che si aprono oggi nel nostro paese per il settore socio-assistenziale, con riferimento sia al processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, sia al federalismo fiscale.

## *2. L'assistenza sociale tra decentramento e devoluzione*

Schiacciata tra previdenza e sanità, l'assistenza sociale in Italia ha tradizionalmente rivestito un ruolo residuale. Privilegiando un approccio mutualistico-previdenziale, il welfare state italiano è infatti andato strutturandosi per proteggere, principalmente su base contributiva, i lavoratori e le loro famiglie dai rischi tipici di una società industriale, con implicito riferimento ad un modello di famiglia caratterizzato da una netta divisione di genere dei ruoli. L'approccio familista che caratterizza l'Italia, insieme agli altri paesi dell'Europa meridionale, si sostanzia nel fatto che alle famiglie, sulla base del principio di sussidiarietà, siano stati attribuiti i principali compiti di cura e la responsabilità ultima del benessere dei suoi membri (Esping-Andersen, 2000). Ritenendo le famiglie le principali responsabili dell'aiuto sociale e assumendo che nello svolgere questa funzione esse generalmente non falliscano, la politica socio-assistenziale non è così mai stata potenziata, situazione che trova riscontro anche nei dati relativi alla spesa (tab. 1).

*Tabella 1 - La spesa sociale in Italia per settore (% del Pil, anni 1975-2005)*

	1975	1980	1990	1995	2000
Assistenza sociale	1,5	1,3	1,5	1,7	1,6
Previdenza	13,8	13,7	14,2	14,1	17,3
Sanità	5,9	5,8	6,1	6,2	5,4

*Fonte:* Rielaborazione da Ferrera (1984), Ministero dell'Economia e delle Finanze (1995); Istat (2003).

Nell'evenienza che la famiglia non fosse in grado di rispondere ai bisogni dei propri componenti, l'esistenza di una rete di istituti di carità e beneficenza, prevalentemente di matrice cattolica, ampiamente diffusi sul territorio ha comunque permesso al sistema di reggersi, contribuendo a mitigare gli effetti negativi delle lacune del sistema di assistenza pubblica e attenuando, per certi versi, anche l'urgenza di una riforma organica dell'intero settore.

Dalle sue origini, peraltro, il sistema socio-assistenziale italiano ha palesemente cercato appoggio nella rete delle istituzioni private, in particolare le Opere Pie, il cui regime pubblicistico era stato sancito fin dalla «Legge Crispi» del 1890 (n. 6872). Questa legge introduceva, infatti, un controllo pubblico e una disciplina uniforme per gli enti che esercitavano attività di assistenza e beneficenza, in virtù del fatto che essi contribuivano alla soddisfazione di un interesse pubblico che ancora non trovava risposta negli interventi dello Stato italiano. Come la Corte costituzionale ha avuto in seguito modo di sottolineare, il generalizzato regime di pubblicizzazione cui sono state sottoposte le Opere Pie, se letto in prospettiva storica, è servito allo scopo di «costituire un sistema di “beneficenza legale”, che altrimenti sarebbe mancata del tutto» (sent. 396/1988).

Questa situazione rimase pressoché inalterata fino al secondo dopoguerra, quando si manifestarono alcuni primi segnali di modernizzazione del settore, sia sul fronte sostantivo che su quello della governance. In primo luogo, nel 1968 venne approvata la «Legge Mariotti» (l. 132/1968), che disciplinando l'assistenza ospedaliera, sancì la separazione tra assistenza sociale e sanitaria, che seguirono da qui in poi percorsi differenti. Negli stessi anni trovò realizzazione anche il disposto costituzionale dell'art. 38, in cui si stabiliva che «ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale». Nel 1969 venne infatti in-

trodotta la pensione sociale, seguita nel 1971 dalla pensione di invalidità civile, prestazioni destinate rispettivamente agli anziani e agli invalidi poveri e senza contributi sociali da far valere per poter accedere alle più generose prestazioni previdenziali. Con l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario nel 1970, diventò poi possibile attuare il decentramento previsto dall'art. 117 della Costituzione. Attraverso i decreti presidenziali del 1972 e 1977<sup>1</sup>, le competenze amministrative nell'ambito della «beneficenza pubblica» vennero così decentrate a Regioni ed enti locali, che avrebbero dovuto gradualmente sostituire la pluralità di enti preposti a tali funzioni, mentre allo Stato venivano lasciate le competenze relative alle misure di natura contributiva. Il d.p.r. del 1977 offriva anche una definizione più articolata della materia «beneficenza pubblica», che veniva a comprendere tutte le attività che «attengono, nel quadro della sicurezza sociale, alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti o a pagamento, o di prestazioni economiche, sia in denaro che in natura, a favore dei singoli, o di gruppi, qualunque sia il titolo in base al quale sono individuati i destinatari, anche quando si tratti di forme di assistenza, a categorie determinate, escluse soltanto le funzioni relative alle prestazioni economiche di natura previdenziale».

Questa prima ondata di regionalizzazione assunse tuttavia i connotati di un decentramento debole, prevalentemente di tipo amministrativo (cfr. Baldi, 2006). La Costituzione riconosceva alle Regioni facoltà di legiferare su determinate materie, vincolandole però al rispetto di principi e leggi quadro nazionali. A diminuire la portata dei poteri decentrati alle Regioni contribuiva altresì il fatto che non vennero pensate forme di rappresentanza delle stesse nel Parlamento nazionale, escludendole così anche dagli iter di revisione costituzionale. Analoga la situazione sotto il profilo finanziario: l'autonomia fiscale delle Regioni, sebbene riconosciuta dall'art 119, veniva infatti subordinata ai limiti stabiliti dalla legislazione ordinaria del centro. Fino alla fine degli anni ottanta, le Regioni a statuto ordinario hanno vissuto in larga misura di finanza derivata, con trasferimenti dal centro per lo più vincolati a funzioni definite<sup>2</sup> (Bordignon, 2006).

<sup>1</sup> Il d.p.r. del 1972 (n. 9) trasferisce le competenze in materia di assistenza e beneficenza pubblica alle Regioni, mentre il d.p.r. del 1977 (n. 616) prescrive la soppressione di numerosi enti assistenziali nazionali e delle Ipab e il trasferimento delle loro funzioni ai Comuni.

<sup>2</sup> All'inizio degli anni novanta, circa l'80% delle entrate delle Regioni a statuto

Va però notato che in materia socio-assistenziale, i decreti deleganti non prescrivevano principi guida o standard generali da rispettare da parte dei livelli di governo regionali e locali nell'esercizio delle proprie funzioni. Essi stabilivano semplicemente che tali principi e standard sarebbero stati fissati da una legge nazionale, che avrebbe rappresentato il quadro normativo di riferimento per i livelli di governo interessati, al fine di garantire un'uniformità di base dell'intervento su tutto il territorio nazionale. In realtà, la legge quadro di riforma dell'assistenza venne approvata solo molti anni dopo (l. 328/ 2000), lasciando così alle Regioni margini di manovra e spazi di autonomia significativamente maggiori rispetto ad altri settori. In seguito ai decreti presidenziali e in attesa della legge quadro nazionale preannunciata, la produzione normativa di riordino prese infatti avvio nella maggior parte delle Regioni italiane, seguendo nondimeno percorsi differenti, sia dal punto di vista qualitativo e quantitativo, sia in relazione alla maggiore o minore lentezza con cui i provvedimenti vennero (o, in alcuni casi, non vennero) emanati (Fargion, 1997). La non-definizione da parte del legislatore nazionale di un sistema di diritti sociali minimi da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale permise così una differenziazione territoriale significativa per quanto riguarda forme di intervento, soggetti competenti ed esigibilità delle differenti prestazioni.

La seconda «giuntura critica» nell'evoluzione della politica socio-assistenziale arrivò dopo circa vent'anni. Negli anni novanta venne infatti avviata una profonda revisione del sistema di welfare italiano che coinvolse anche il settore dell'assistenza sociale. Questa fu accompagnata da un rilancio del regionalismo, che porterà negli anni seguenti al passaggio dal decentramento debole degli anni settanta a una svolta più decisa nella direzione di una vera e propria devoluzione di competenze ai livelli *meso*.

Sul fronte della riforma del welfare, nel 1996 con l'insediamento del primo governo di centro-sinistra della Seconda Repubblica, la revisione dello stato sociale ritornò ad affermarsi come priorità. Il governo, l'anno successivo, nominò una commissione di studio, la «Commissione Onofri» (Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale), con l'ambizioso mandato di elaborare

ordinario aveva forma di trasferimenti statali vincolati. Diversa era la situazione delle Regioni a statuto speciale, in cui già il 60% era costituito da partecipazioni e tributi propri (cfr. Della Porta, 1999).

una riflessione generale sugli scenari e le opportunità nell'ambito della riforma dello stato sociale. In materia di assistenza sociale, il lavoro della Commissione ha contribuito al dibattito sia tratteggiando con chiarezza una diagnosi circa i difetti e le debolezze di questo settore di politica sociale, sia avanzando proposte di policy per la soluzione dei problemi evidenziati. Tra le principali carenze si segnalavano l'elevata frammentazione istituzionale accompagnata da sovrapposizioni di policy, l'inclinazione a favore dei trasferimenti a discapito dei servizi, la marcata differenziazione territoriale e l'assenza di una rete di sicurezza sociale di ultima istanza nella forma di reddito minimo garantito. Nel quadro delle soluzioni comparivano, viceversa, un aumento della spesa per l'assistenza e una sua razionalizzazione tra gli interventi, la definizione di un livello essenziale delle prestazioni da garantire sull'intero territorio nazionale e l'introduzione di uno schema di minimo vitale.

Sebbene il bilancio delle realizzazioni rispetto all'agenda delle proposte sia sconcertante (cfr. Gori e Madama, 2007), gli anni successivi sono stati segnati senza dubbio da una maggiore attenzione verso un settore tradizionalmente trascurato dalla politica nazionale. Tra il 1997 e il 2000 vennero infatti introdotte nuove misure a livello centrale (come l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori e l'assegno di maternità per le madri sprovviste di copertura assicurativa), venne avviata la sperimentazione di uno schema di minimo vitale (il Reddito minimo di inserimento) e, nell'ambito della gestione della selettività, l'Italia si dotò di nuovi criteri per l'accesso alle prestazioni sociali agevolate (l'indicatore della situazione economica, Ise)<sup>3</sup>. A lato di questi interventi, la novità più rilevante è però rappresentata, senza dubbio, dall'approvazione della legge quadro di riforma dei servizi sociali, a lungo attesa e infine approvata nell'ottobre del 2000 (l. 328/2000).

Trattandosi di una legge quadro, la finalità della legge 328 consisteva principalmente nel definire priorità e indicare direzioni di marcia, mentre le realizzazioni concrete venivano demandate ad altri provvedimenti definiti *attuativi*, da cui dunque si trovava a dipendere, in larga misura, il successo della riforma stessa (Saraceno, 2002). La legge poneva forte enfasi sull'integrazione, da realizzarsi sia tra livelli di governo sia fra attori (pubblici e privati), e promuoveva il superamento della tradizionale impostazione categoriale delle politiche assistenziali

<sup>3</sup> Per una ricostruzione dettagliata delle nuove misure introdotte in questi anni si rimanda a Ferrera e Madama (2006).

italiane attraverso la realizzazione di politiche universalistiche e selettive, vale a dire rivolte a tutti gli individui secondo la condizione di bisogno. Proponeva inoltre, a complemento dei trasferimenti monetari, il potenziamento dell'offerta di servizi sociali. Sulla scia delle raccomandazioni della Commissione Onofri, la legge identificava altresì un insieme di prestazioni da garantirsi su tutto il territorio nazionale, che avrebbero costituito il nucleo dei «livelli essenziali delle prestazioni», rimandando però alla pianificazione nazionale, regionale e zonale il compito di fissarne le caratteristiche e i requisiti specifici e, dunque, la loro declinazione concreta.

Come anticipato, importanti cambiamenti avvennero anche sul fronte dell'organizzazione dello Stato. Sotto la spinta delle istanze di maggiore autonomia per i governi decentrati avanzate dai partiti regionalisti (in particolare le Leghe), negli anni novanta il regionalismo conobbe un nuovo slancio (Baldi, 2006). Nel 1997 prese avvio un processo di revisione che seguì due direttrici principali: da un lato si aspirava a realizzare il massimo decentramento possibile a Costituzione invariata, dall'altro si perseguiva una riforma in senso federalista dell'ordinamento dello Stato attraverso un intervento di livello costituzionale. La «Riforma Bassanini» (l. 59/1997) rappresenta la realizzazione del primo intento. Infatti, con il decreto legislativo 31 marzo 1998 n. 112, in attuazione della legge stessa, si attuava un deciso conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli enti locali. Risalgono allo stesso periodo anche alcuni passi avanti anche sul fronte di una maggiore autonomia finanziaria a favore dei governi decentrati, attraverso l'introduzione dell'Irap (d.lgs. 446/1997), l'imposta regionale sulle attività produttive<sup>4</sup>, l'introduzione delle addizionali regionali e comunali all'Irpef, l'approvazione del decreto legislativo sul federalismo fiscale (d.lgs. 56/2000) con cui si delineavano gli indirizzi per la cessazione dei trasferimenti statali alle Regioni ordinarie e la loro sostituzione con i proventi derivanti dall'aumento di alcune partecipazioni e dall'addizionale regionale all'Irpef<sup>5</sup>.

Il secondo obiettivo ha trovato invece concretizzazione nelle leggi costituzionali 1/1999 e 3/2001. La prima introduceva alcuni importanti

<sup>4</sup> L'Irap infatti, sostituendosi a una molteplicità di altri tributi, rappresenta un primo passo verso il federalismo fiscale in quanto la gestione dell'imposta e delle entrate ad essa connesse è attribuita alle Regioni.

<sup>5</sup> Per un approfondimento sull'evoluzione del decentramento in materia finanziaria si rimanda a Bordignon (2006).

cambiamenti per la politica regionale, tra cui l'elezione diretta del presidente della giunta regionale insieme al riconoscimento dell'autonomia statutaria. La revisione costituzionale del 2001 rileva invece sotto due aspetti. Da un lato, essa interveniva sul fronte dell'autonomia finanziaria. Il riformato art. 119 della Costituzione affermava infatti il principio del federalismo fiscale, oggi in attesa di trovare concreta attuazione. In secondo luogo, essa sanciva una nuova ripartizione delle competenze fra i diversi livelli di governo in molte aree di politica pubblica, tra cui l'assistenza sociale che diviene ora materia di competenza regionale *esclusiva*. Questa trasformazione implica che allo Stato, in questo settore, compete solo la definizione dei «Livelli essenziali delle prestazioni» (Lep) e la supervisione sulla loro attuazione. Il riconoscimento della competenza esclusiva in materia alle Regioni preclude così al centro sia la possibilità di una pianificazione degli interventi, sia l'esercizio di un potere di indirizzo rendendo la lunga attesa riforma dell'assistenza per certi versi già superata.

Tabella 2 - Composizione della spesa socio-assistenziale (anno 2005)

Prestazioni disciplinate a livello nazionale		
	spesa in v.a. (in migliaia)	spesa in % sul Pil
Integrazioni delle pensioni al minimo*	11.500	0,78
Assegni familiari	5.377	0,38
Pensioni sociali	3.470	0,24
Pensioni e indennità a invalidi civili, non vedenti e non udenti	12.587	0,88
Altri assegni e sussidi*	2.852	0,19
Interventi e servizi sociali a livello decentrato		
	spesa in v.a. (in migliaia)	spesa in % sul Pil
Servizi sociali	5.741	0,40

\* Stima, dati riferiti al 2006.

Fonte: Rielaborazione su dati contenuti in Bosi (2007) e Istat (2007 e 2008).

Concludendo, la riforma costituzionale del 2001 può essere vista come l'ultimo tassello di un processo iniziato negli anni settanta, che ha portato le Regioni ad assumere una rilevanza crescente nel governo del sistema socio-assistenziale italiano. Tuttavia, sebbene si possa

parlare di devoluzione delle competenze<sup>6</sup> in materia socio-assistenziale solo in seguito agli ultimi provvedimenti, a fronte della latitanza del centro a svolgere una funzione di cabina di regia, le Regioni italiane hanno giocato un ruolo di primo piano in questo settore fin dalla loro nascita, ruolo superiore probabilmente anche alle intenzioni originarie del legislatore nel 1947. Questa maggiore autonomia, coniugata alla carenza di indirizzi da parte del livello nazionale, ha avuto conseguenze importanti in termini di diritti sociali e differenziazione territoriale, che saranno oggetto della prossima sezione.

### *3. Welfare regionale: i diversi «mondi dei servizi sociali» in Italia*

La politica socio-assistenziale italiana si è storicamente caratterizzata per una marcata frammentazione istituzionale. Ai fini espositivi, possono essere distinti due diversi livelli di intervento. Il primo comprende un'ampia gamma di schemi, prevalentemente categoriali, disciplinati a livello nazionale, che erogano prestazioni monetarie principalmente a favore di anziani e persone disabili. Tra queste si ritrovano le pensioni sociali e le integrazioni al trattamento minimo delle pensioni, le pensioni per gli invalidi civili e gli assegni al nucleo familiare<sup>7</sup>. Queste prestazioni, in cui si concentra larga parte della spesa socio-assistenziale complessiva (cfr. tab. 2), si conformano come veri e propri diritti sociali esigibili sull'intero territorio nazionale.

Il secondo livello attiene invece all'ambito dei servizi sociali, le cui competenze sono decentrate e in cui non si può parlare di una vera e propria esigibilità. Come abbiamo visto, a fronte dell'assenza di disposizioni vincolanti, i governi regionali (a volte gli stessi Comuni) hanno potuto strutturare il proprio sistema socio-assistenziale seguendo logiche differenti, legate alla domanda sociale espressa dal territorio ma anche alla sensibilità politica, alle capacità istituzionali e ai vincoli finanziari. Un primo indicatore della forte eterogeneità realizzatasi a li-

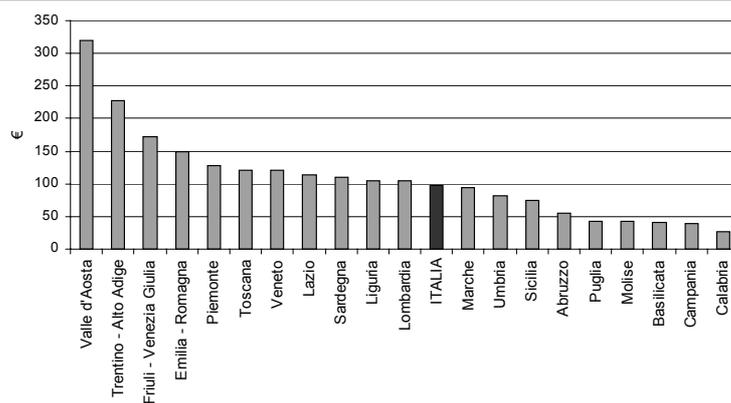
<sup>6</sup> Si noti che la devoluzione è ancora limitata sul piano finanziario a fronte della mancata attuazione del federalismo fiscale introdotto dalla riforma costituzionale del 2001 all'articolo 119. Sebbene le Regioni abbiano acquisito piena libertà nell'utilizzo delle risorse ad esse attribuite attraverso il Fondo sociale nazionale, le risorse a loro disposizione sono ancora in larga parte derivate dal centro.

<sup>7</sup> Per una ricostruzione di tutte le prestazioni si rimanda a Ferrera e Madama (2006).

vello decentrato concerne la spesa sociale a livello locale, rilevata dall'indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati<sup>8</sup>. Osservando la distribuzione della spesa pro capite per interventi e servizi sociali (fig. 1), emerge che il dato medio italiano (98 euro) nasconde un'elevata variabilità territoriale, passando dai 320 euro della Valle d'Aosta ai circa 27 euro della Calabria. In base a questo indicatore possono essere distinti almeno tre gruppi. In un primo gruppo ricadono nove Regioni, con una spesa che si discosta in modo contenuto dalla media nazionale (massimo 25%), precisamente: Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto, Sardegna, Sicilia e Umbria. Tre Regioni a statuto speciale – Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige e Valle d'Aosta – insieme a Emilia-Romagna e Piemonte costituiscono un secondo gruppo, caratterizzato da una spesa media nettamente superiore alla media nazionale (>25%). Il fanalino di coda è infine rappresentato da un gruppo di altre sei Regioni – Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia – la cui spesa sociale pro capite media è inferiore ai due terzi di quella nazionale. Considerando le sole Regioni a statuto ordinario, l'Emilia-Romagna è al primo posto con una spesa media pro capite di 149 euro, mentre Calabria e Campania detengono il valore più basso, rispettivamente 27 e 39 euro per abitante. È inoltre interessante notare che le Regioni con la spesa media pro capite inferiore sono anche quelle in cui l'incidenza della spesa per servizi sociali sul totale della spesa pubblica regionale ha un peso inferiore (fig. 2).

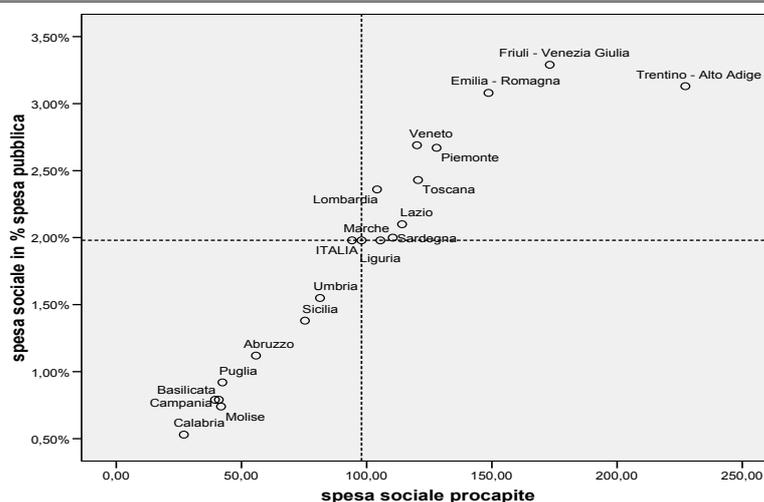
<sup>8</sup> La rilevazione sulla spesa e i servizi a livello locale è stata lanciata nel 2004 con lo scopo di colmare le lacune informative persistenti rispetto ai livelli di spesa e all'offerta di servizi sul territorio. In precedenza erano infatti a disposizione solo dati di spesa tratti dai bilanci consuntivi dei Comuni che non permettevano di avere un quadro chiaro e comparabile della situazione a livello decentrato. L'indagine, che oggi ha cadenza annuale ed è stata inserita fra le statistiche ritenute necessarie per il paese, è stata avviata grazie alla collaborazione istituzionale fra più attori del governo centrale e locale, interessati alla produzione e all'utilizzo della base dati: l'Istat, la Ragioneria generale dello Stato (Rgs), il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, il Centro interregionale per il sistema informatico e statistico (Cisis) con alcuni enti locali tra cui la Toscana (oltre a Liguria, Piemonte, Veneto, Provincia di Trento, Emilia-Romagna, Marche).

Figura 1 - Spesa sociale media pro capite dei Comuni nelle Regioni italiane (anno 2005, in euro)



Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

Figura 2 - Spesa sociale pro capite e spesa sociale in percentuale della spesa pubblica per Regione (anno 2005)

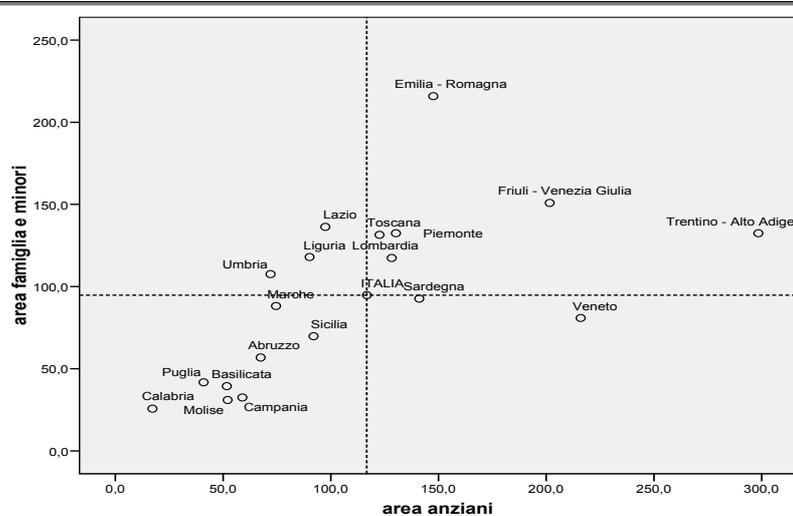


Nota: Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto il dato relativo alla spesa pro capite, nettamente più elevato rispetto alle altre Regioni (320,00 euro), distorce la distribuzione.

Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

Anche con riferimento alla distribuzione della spesa media pro capite per aree di utenza, la forte eterogeneità trova riconferma. La figura 3 riporta i dati per le due aree di utenza in cui si concentra la maggior parte della spesa per servizi sociali, «famiglie e minori» (38,5%) e «anziani» (23,4%), che insieme assorbono oltre il 60% delle risorse complessive. Nella prima, la spesa pro capite media (pari a ca. 95 euro) sottende un'ampia variazione territoriale, dai 26 euro pro capite in Calabria si passa infatti agli oltre 200 euro in Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna. Nell'area anziani, a fronte di una media nazionale pari a 116,7 euro, il valore minimo è detenuto nuovamente dalla Regione Calabria (17,2 euro), valore che viene più che decuplicato in Friuli-Venezia Giulia (202 euro), Trentino-Alto Adige (299 euro) e Veneto (216)<sup>9</sup>.

Figura 3 - Spesa media pro capite per l'area «famiglie e minori» e l'area «anziani» (anno 2005)



Nota: Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto il dato relativo alla spesa pro capite, nettamente più elevato rispetto alle altre Regioni (320,00 euro), distorce la distribuzione.

Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

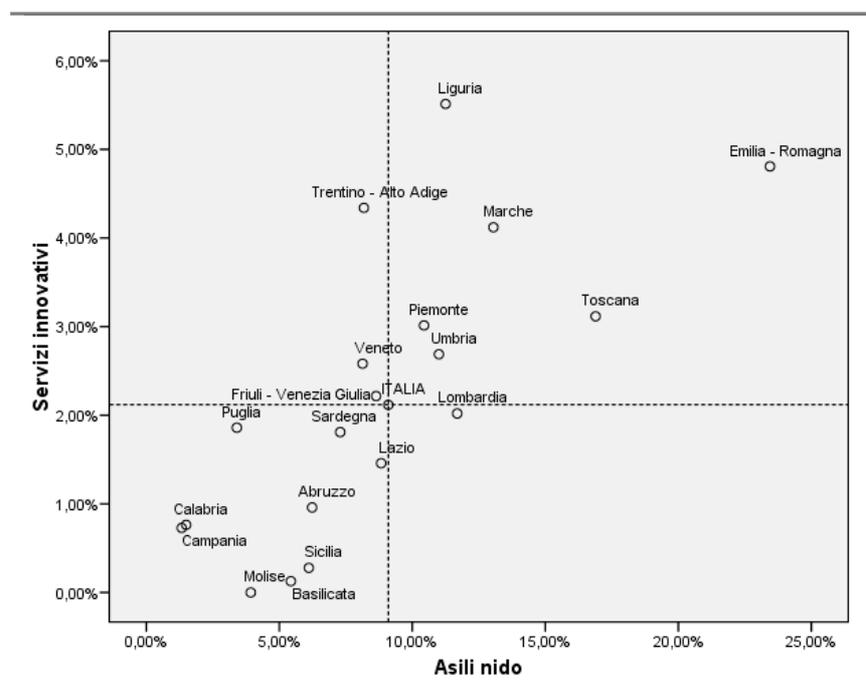
<sup>9</sup> La Valle d'Aosta ha un valore nettamente più alto e non comparabile alle altre Regioni, pari a 1.062 euro.

Le marcate differenze territoriali nelle risorse dedicate al welfare locale riassumono l'eterogeneità che caratterizza la disponibilità di servizi per i cittadini e la presenza di strutture (Istat, 2008). Passando dall'analisi della spesa ai dati sull'offerta di servizi e prestazioni, il quadro risulta altrettanto eterogeneo. Guardando alla disponibilità sul territorio di alcuni servizi per l'area «famiglia e minori», come gli asili nido e i servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia<sup>10</sup>, la situazione precedente risulta pressoché confermata (fig. 4). Le Regioni si distribuiscono prevalentemente in due soli quadranti (quello in alto a destra e quello in basso a sinistra). Questo sta a indicare che le Regioni in cui l'offerta è maggiore presentano valori elevati per entrambe le tipologie di servizio, diametralmente opposta è la situazione di quelle con la dotazione minore, segnalando che non si verifica un effetto sostituzione. A livello nazionale, 9,2 bambini su 100 trovano posto negli asili nido pubblici o convenzionati. In Emilia-Romagna, Toscana, e Valle d'Aosta la percentuale è superiore a 15, ma in alcune Regioni del Sud essa scende fino a 1,3 (Campania) e 1,5 (Calabria). Rispetto ai servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia, i tassi di copertura sono decisamente più contenuti: la media nazionale è di poco superiore al 2%, ma molte Regioni, tra cui Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Campania e Sicilia non raggiungono nemmeno l'1%.

Passando ora all'analisi dell'offerta nell'«area anziani», fra le principali modalità di intervento a sostegno delle persone anziane assumono particolare rilievo l'assistenza domiciliare, cui è destinato il 37% della spesa rivolta a quest'area di utenza, e i servizi residenziali, che assorbono complessivamente un altro 37% delle risorse dell'area. L'assistenza domiciliare assume forme diverse non esclusive, di cui le tre principali sono: la Sad (assistenza domiciliare socio-assistenziale), che è la forma più tipica con cui i Comuni assistono le persone parzialmente non-autosufficienti; l'Adi (assistenza domiciliare integrata), assistenza sociale integrata con servizi sanitari di cui l'indagine rileva solo la componente assistenziale; i «voucher, assegni di cura o buoni socio-sanitari», la cui attribuzione dà diritto a ricevere determinate prestazioni da parte di soggetti pubblici o privati.

<sup>10</sup> I «servizi innovativi e integrativi per la prima infanzia» offrono con modalità di funzionamento e orari più flessibili servizi di cura paragonabili ai tradizionali asili nido. In questa categoria rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i contributi per il servizio di «Tagesmutter» dove attivato.

Figura 4 - Tasso di copertura di alcuni servizi per la prima infanzia (anno 2005)



\* La copertura viene espressa in forma di indicatore di presa in carico degli utenti ogni 100 persone nella popolazione di riferimento (0-2 anni).

\*\* Nella categoria servizi innovativi per la prima infanzia rientrano i micronidi, i nidi famiglia, i servizi integrativi per la prima infanzia, i contributi per il servizio di «Tagesmutter» nel caso in cui esso sia organizzato dal Comune.

\*\*\* Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto i dati relativi alla copertura (asili nido: 28,5%; e servizi innovativi: 11,8%), nettamente più elevati rispetto alle altre Regioni distorcono la distribuzione.

Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

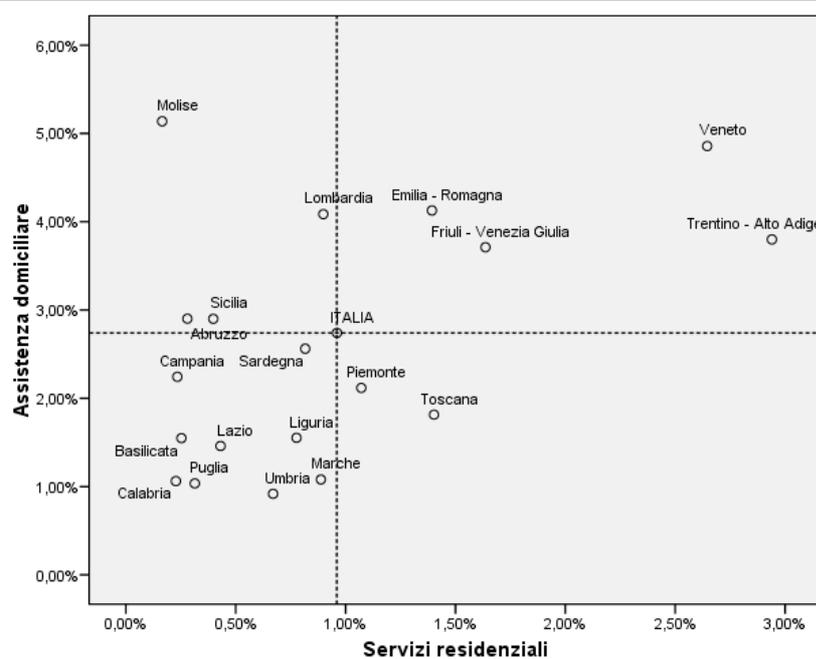
Quest'ultima modalità di intervento riguarda però quasi esclusivamente alcune Regioni del Nord, in particolare Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lombardia e Piemonte, che presentano una copertura territoriale del servizio superiore al 70%<sup>11</sup> (Istat, 2008).

<sup>11</sup> Ciò significa che oltre il 70% della popolazione di riferimento (in questo caso gli ultra-sessantacinquenni) vive in un Comune in cui è presente questo servizio.

L'istituzionalizzazione dell'anziano, attraverso i servizi residenziali, si rende invece necessaria quando la non auto-sufficienza è grave o il nucleo familiare di origine non può farsi carico a casa delle esigenze di cura.

Come accadeva nell'ambito dei servizi per la prima infanzia, anche in questo caso le Regioni si distribuiscono prevalentemente in due soli

Figura 5 - Tasso di copertura di alcuni servizi per gli anziani (anno 2005)



\* L'indicatore «Assistenza domiciliare» comprende la copertura di: assistenza domiciliare socio-assistenziale, assistenza domiciliare integrata, voucher e buoni sociali.

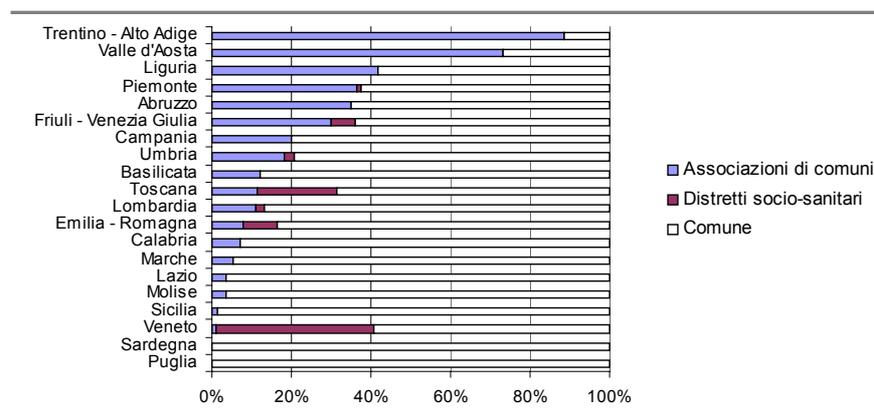
\*\* La copertura viene espressa come indicatore di presa in carico degli utenti ogni 100 persone nella popolazione di riferimento (persone con età maggiore di 65 anni).

\*\*\* Dal grafico è stata esclusa la regione Valle d'Aosta, in quanto il dato relativo alla copertura dei servizi residenziali (541), nettamente più elevato rispetto alle altre Regioni, avrebbe reso la distribuzione eccessivamente schiacciata.

Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

quadranti (fig. 5), quello in alto a destra e quello in basso a sinistra. Questo indica che le Regioni in cui l'offerta è maggiore presentano valori elevati per entrambe le tipologie di intervento, viceversa accade per le Regioni con dotazioni più scarse, escludendo di fatto un effetto sostituzione fra le due. Il gruppo con il livello di copertura maggiore per entrambi i servizi è costituito da tre Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige) e da due Regioni a statuto ordinario (Emilia-Romagna e Veneto). Calabria, Basilicata, Puglia, Umbria e Lazio condividono invece i livelli più bassi. La regione Toscana e il Piemonte pare abbiano privilegiato la soluzione residenziale, mentre il Molise, all'opposto, combina alti livelli di assistenza domiciliare e livelli molto bassi di servizi residenziali.

Figura 6 - Ripartizione della spesa per interventi e servizi sociali per ente gestore (Comuni singoli, distretti socio-sanitari e associazioni di Comuni)



Fonte: Rielaborazione su dati Istat (2008).

Sempre sul piano degli interventi, sebbene non ci siano dati di spesa e offerta comparabili, va altresì notato che alcune Regioni hanno, più o meno recentemente, avviato schemi di reddito minimo garantito. Non avendo avuto seguito a livello nazionale l'esperienza del «Reddito minimo di inserimento» avviata a fine anni novanta<sup>12</sup>, alcune Regioni, su propria iniziativa, hanno deciso di intraprendere questa via, per ga-

<sup>12</sup> Sull'esperienza del Reddito minimo di inserimento in Italia si rimanda a Sacchi (2007).

rantire nel proprio territorio una rete di protezione di ultima istanza contro la povertà. Tra queste si ritrovano: Basilicata, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Veneto. Data l'assenza di disposizioni vincolanti, tuttavia, anche in questo caso le scelte operate dalle Regioni sono estremamente differenziate sotto il profilo istituzionale, sia per quanto concerne i criteri di accesso, il livello dei trasferimenti e la presenza di condizionalità.

Un'ultima dimensione che può essere d'aiuto per tratteggiare i diversi «mondi dei servizi sociali» nelle Regioni italiane riguarda, infine, gli aspetti di governance. La legge quadro di riforma dell'assistenza sottolineava l'importanza di una gestione associata fra più Comuni della spesa, che evitasse la polverizzazione degli interventi, permettendo anche ai Comuni più piccoli di potenziare la propria offerta di interventi e servizi. L'indagine censuaria, rilevando anche le modalità di gestione della spesa, ci permette di indagare le scelte operate a livello territoriale. Come mostra la figura 6, il quadro è ancora una volta abbastanza differenziato. Nella maggior parte delle Regioni del Sud e del Centro, i Comuni gestiscono quasi esclusivamente singolarmente la maggior parte delle attività socio-assistenziali. In alcune Regioni invece (tra cui Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Liguria, Piemonte e Abruzzo), i Comuni si avvalgono in misura considerevole delle forme associative intercomunali. In altre infine (tra cui in particolare il Veneto e la Toscana<sup>13</sup>), sono i distretti socio-sanitari a contribuire in modo significativo all'offerta socio-assistenziale.

La panoramica tratteggiata nelle pagine precedenti sui «mondi dei servizi sociali» in Italia segnala come la cittadinanza sociale abbia assunto una molteplicità di forme diverse sul territorio, che mettono in luce come le Regioni italiane siano diversamente attrezzate per far fronte ai bisogni sociali propri di una società post-industriale. Alcune Regioni presentano un sistema di servizi sociali più sviluppato, altre mostrano maggiori difficoltà, altre ancora presentano una grave arretratezza. A fronte di questa situazione, quali scenari e quali prospettive si aprono oggi per le politiche di assistenza sociale in Italia?

<sup>13</sup> Si ricorda a questo proposito che nel 2004 in Toscana è partita la sperimentazione delle Società della Salute, consorzi pubblici a cui partecipano i Comuni della zona-distretto e l'Ausl competente volti alla gestione in forma integrata dei servizi sanitari e socio-assistenziali. Ad oggi, la sperimentazione delle Società della Salute ha coinvolto 19 zone socio-sanitarie, comprendendo circa il 60% dei Comuni toscani.

#### *4. Devoluzione e livelli essenziali delle prestazioni: scenari e prospettive per l'assistenza sociale in Italia*

Nell'arco di un trentennio, l'architettura istituzionale dell'Italia è andata profondamente trasformandosi. Dagli anni settanta ad oggi si è infatti passati da un regionalismo debole, di tipo amministrativo (Baldi, 2006), ad un assetto quasi federale<sup>14</sup>. In materia socio-assistenziale, il processo di rafforzamento dei livelli di governo *meso* prese avvio nel 1977, quando ad opera del d.p.r. 616/1977 si offrì alle Regioni la possibilità di strutturare i propri interventi con ampia autonomia. Il decreto trasferiva infatti compiti e responsabilità, senza che tuttavia venissero prescritti principi guida o standard generali da rispettare da parte dei governi regionali. Si preannunciava semplicemente che tali principi e standard sarebbero stati fissati da una legge nazionale che avrebbe rappresentato il quadro normativo di riferimento per i livelli di governo interessati, al fine di garantire un'uniformità di base dell'intervento su tutto il territorio nazionale. In realtà, solo nel 2000, con la legge istitutiva del Sistema integrato dei servizi sociali (l. 328/2000) l'Italia si è dotata di una normativa quadro nazionale sull'assistenza sociale. Dunque, sebbene la devoluzione delle competenze sia avvenuta solo nel 2001, in realtà, dato il disimpegno del centro le Regioni hanno sin dalla loro nascita giocato un ruolo cruciale in questo settore.

L'evoluzione della politica socio-assistenziale in Italia, tratteggiata nella sezione 2, ci consegna un settore segnato da una serie di criticità, che la «stagione riformista» degli anni novanta non è riuscita ad arginare. In primo luogo, la politica socio-assistenziale è sottosviluppata e sotto-finanziata. Questo è tanto più grave date le trasformazioni socio-economiche a cui stiamo assistendo, con l'emergere di nuovi rischi sociali e bisogni propri di una «società post-industriale» (cfr. Bonoli, 2007). L'orientamento familista del nostro stato sociale, teso a privilegiare i maschi principali percettori di reddito e i trasferimenti monetari, finora ha retto grazie al fatto che «le famiglie hanno funzionato da servizi sociali» (Esping-Andersen, 2000, p. 67). Tuttavia, in un contesto in cui la capacità della famiglia di agire da ammortizzatore sociale e da produttore di servizi di cura si riduce, anche nel nostro paese si

<sup>14</sup> Per una discussione del processo incompiuto di federalizzazione dell'Italia si rimanda a Baldi (2006).

rende necessario un nuovo compromesso nella ripartizione delle responsabilità fra gli attori del welfare.

La seconda grande criticità che caratterizza la politica socio-assistenziale in Italia è legata alla marcata eterogeneità realizzatasi a livello decentrato. Le diverse caratteristiche che la cittadinanza sociale ha assunto nelle diverse aree del paese, messe in luce nella sezione 3, sono strettamente connesse alla capacità delle periferie di farsi carico, sin dagli anni settanta, delle competenze trasferite dallo Stato, nonostante il suo disimpegno per quanto riguarda le attività di indirizzo, programmazione e coordinamento. Appare chiaro che non tutte le Regioni italiane siano state in grado di cogliere le opportunità apertesesi grazie al processo di decentramento, proponendosi in veste di cabina di regia per lo sviluppo del proprio settore socio-assistenziale. Questo esito è la risultante di una molteplicità di fattori (cfr. Fargion, 1997), tra cui la sensibilità politica della classe di governo, le capacità istituzionali, la disponibilità finanziaria e la diffusione dei nuovi bisogni negli anni in cui il settore dell'assistenza sociale è andato strutturandosi. Stanti questi due grandi ordini di problemi, quali scenari e quali prospettive si aprono per il settore oggi? I vincoli sul fronte finanziario rendono senza dubbio il processo di «ricalibratura» estremamente complesso. L'assistenza sociale manca infatti di una rappresentanza politica forte<sup>15</sup>: la platea dei beneficiari di queste misure è eterogenea, frammentata e scarsamente (se non del tutto) mobilitata politicamente. Ciò si riflette in un debole peso politico e dunque in un basso potere contrattuale. Questa condizione risulta ancora più esacerbata in un contesto in cui, date le risorse scarse, le diverse istanze risultano tra loro in competizione e la riforma prende la forma di un gioco a somma zero, come è stato nell'ultimo decennio. Date le rigidità di bilancio proprie dell'era dell'«austerità permanente» e l'interdipendenza tra addizioni (nella forma di politiche espansive) e sottrazioni (nella forma di politiche sottrattive)<sup>16</sup>, la riforma dell'assistenza è stata a lungo subordinata ai risparmi di spesa da realizzarsi in altri comparti. Tuttavia, sanità e pensioni assorbono risorse difficilmente comprimibili che nei prossimi anni, a fronte degli andamenti demografici, saranno anzi soggette a forti pressioni per una loro crescita (cfr. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008). Inoltre, come nota Onofri (2007, p. 5), data l'elevata quota assorbita dalle pensioni, la

<sup>15</sup> Si veda sul punto Bonoli (2007).

<sup>16</sup> Sul punto si rimanda a Ferrera e Hemerijck (2003).

spesa sociale italiana risulta più predeterminata e la sua correzione più costosa rispetto ad altri sistemi, generando aspri conflitti distributivi tra categorie di beneficiari. La prospettiva, abbracciata anche dalla «Commissione Onofri» a fine anni novanta, di un'espansione delle risorse dedicate all'assistenza sociale attraverso un ribilanciamento delle risorse tra comparti, rispettando il perimetro della spesa per il welfare state, appare dunque difficilmente perseguibile (Gori e Madama, 2007).

A fronte di questa situazione, anziché un'espansione, negli ultimi anni l'assistenza sociale è l'unico comparto della spesa sociale che ha conosciuto una riduzione delle sua incidenza in percentuale sul Pil<sup>17</sup>. Contestualmente, il divario fra le aree del paese sembra addirittura essersi ampliato (Gori e Madama, 2007). D'altra parte, come sottolineato da Alber (1995), l'assenza di norme vincolanti rispetto agli standard quantitativi e qualitativi inerenti ai servizi sociali fa crescere il rischio che il settore sia soggetto a logiche di contenimento dei costi e diventi terreno privilegiato di «*retrenchments*». Questo è ancora più plausibile in quei casi, come quello italiano, in cui l'autonomia fiscale dei livelli di governo preposti alla gestione è bassa in quanto, in seguito a tagli dei trasferimenti dal centro, diventa difficile auto-finanziare i servizi. Gli enti locali, sottoposti a pressioni finanziarie, sarebbero così portati a tagliare i fondi ad essi destinati.

Partendo da questi vincoli, il futuro dell'assistenza sociale in Italia appare oggi indissolubilmente legato all'attuazione della riforma del titolo V della Costituzione (l. cost. 3/2001). La revisione costituzionale ha infatti aperto nuove importanti opportunità, che riguardano in particolare il processo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117) e la declinazione che assumerà il federalismo fiscale (art. 119). Rispetto ai Lep, sulla scia di quanto espresso dalla Commissione Onofri e poi ripreso nella legge quadro di riforma dell'assistenza del 2000, in un sistema a forte regionalizzazione come quello italiano, essi andrebbero a rappresentare «il fattore unificante della cittadinanza sociale» (Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005), superando sia la discrezionalità che tradizionalmente ha accompagnato il diritto alle prestazioni assistenziali, sia la significativa differenziazione geografica della dotazione minima di diritti sociali nel nostro paese. Tuttavia, sebbene vi siano stati alcuni primi passi in avanti, che hanno riguardato principalmente il fronte del monitoraggio della spesa e de-

<sup>17</sup> Dal 3,5% del Pil nel 1997 al 3% nel 2006. Sul punto si veda Bosi (2007).

gli interventi, la definizione dei livelli resta tuttora caratterizzata da forte incertezza. La l. 289/2002 prescriveva che i Lep fossero determinati con decreto dal governo, d'intesa con la «Conferenza Unificata». Nonostante il dibattito accademico sul tema<sup>18</sup>, il confronto politico fra centro e periferia non ha tuttavia finora dato esiti apprezzabili. Il governo di centro-sinistra eletto nel 2006 aveva manifestato l'intenzione di procedere alla definizione dei livelli per aree di utenza, partendo da infanzia e non autosufficienza. Il processo si è poi interrotto in concomitanza con la caduta del governo e con le elezioni politiche che hanno espresso, nel 2008, una nuova maggioranza politica. Il neoeletto governo di centro-destra, nel recente Libro verde sul modello sociale, pone i Lep fra i presupposti per un'effettiva governance multilivello delle politiche sociali, senza tuttavia avanzare ipotesi rispetto alla loro concreta attuazione.

La definizione dei Lep, peraltro, assume rilevanza ancora maggiore a fronte dell'avvio del confronto sul federalismo fiscale, oggi tra le priorità dell'azione di governo data la centralità che il tema riveste per uno dei partiti della maggioranza. Sebbene in relazione alla nuova organizzazione dello Stato e all'attribuzione di competenza esclusiva in materia socio-assistenziale, fino ad ora le Regioni si siano limitate ad azioni difensive<sup>19</sup>, come rileva Sacchi (2006), la riforma del titolo V apre nuove prospettive che riguardano il confronto politico fra centro e periferia. Come è accaduto in altri paesi europei, come ad esempio la Germania (cfr. Campbell e Morgan, 2005), se la riforma dell'assistenza sociale nel contesto attuale appare bloccata, le regioni italiane, in quanto attori dotati di un interesse istituzionale per lo sviluppo delle politiche socio-assistenziali, in questa fase costituente potrebbero rappresentare il «grimaldello istituzionale» da cui partire. D'altra parte, come già anticipa lo stesso Libro verde sul welfare, «la spesa sociale e le relative politiche non potranno non diventare anzi il metro su cui costruire il federalismo fiscale» (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008, p. 22).

<sup>18</sup> Per una ricostruzione, si rimanda alla recentissima ricerca coordinata da Ranci Ortigosa (2008).

<sup>19</sup> In materia socio-assistenziale, si vedano in particolare le sentenze n. 370/2003, n. 16/2004 e n. 424/2004, in cui le Regioni hanno chiesto l'intervento della Corte per difendere i nuovi spazi di autonomia acquisiti contro i tentativi di ingerenza del centro. Sul ruolo delle Regioni, si veda anche Gori (2008).

### Riferimenti bibliografici

- Alber J., 1995, *A Framework for the Comparative Study of Social Services*, «Journal of European Social Policy», vol. 5, n. 2, pp. 135-149.
- Baldi B., 2006, *Regioni e Federalismo. L'Italia e l'Europa*, Clueb, Bologna.
- Bonoli G., 2007, *Time Matters: Postindustrialization, New Social Risks, and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies*, «Comparative Political Studies», vol. 40, n. 5, pp. 495-520.
- Bordignon M., 2006, *Il decentramento in Italia. Motivazioni, strumenti, evidenza, difficoltà*, in Brusio G. e Muraro G. (a cura di), *Il Finanziamento del Settore Pubblico*, FrancoAngeli, Milano.
- Bosi P., 2007, *L'irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 19-20, pp. 7-14.
- Caciagli M., 2006, *Regioni d'Europa. Devoluzioni, regionalismi, integrazione europea*, Il Mulino, Bologna.
- Campbell A.L. e Morgan K.J., 2005, *Federalism and the Politics of Old-Age Care in Germany and the United States*, «Comparative Political Studies», n. 38, pp. 887-914.
- Della Porta D., 1999, *La politica locale*, Il Mulino, Bologna.
- Esping-Andersen G., 2000, *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna.
- Fargion V., 1997, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera M., 1984, *Il welfare state in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.
- Ferrera M. e Hemerijck A., 2003, *Recalibrating European Welfare Regimes*, in Zeitlin J. e Trubeck D. (a cura di), *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*, Oxford University Press, Oxford.
- Ferrera M. e Madama I., 2006, *Le politiche di assistenza sociale*, in Ferrera M., *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.
- Gori C. e Madama I., 2007, *Che cosa è andato storto? L'influenza della Commissione Onofri sulle politiche socio-assistenziali in Italia*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», n. 19-20, pp. 24-33.
- Gori C., 2008, *Un emendamento per 100.000 bambini*, «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche» (in corso di pubblicazione).
- Istat, 2003, *I conti della protezione sociale*, Istat, Roma.
- Istat, 2007, *I bilanci degli enti previdenziali*, Istat, Roma.
- Istat, 2008, *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli e associati*, Istat, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, 1995, *Rapporto generale sulla situazione economica del Paese*, Roma.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2005, *Bozza del Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma.

- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2008, *Libro Verde sul futuro del modello sociale*, Roma.
- Onofri P., 2007, *Le politiche di protezione sociale in Italia: 1997-2007*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 19-20, pp. 1-6.
- Ranci Ortigosa E. (a cura di), 2008, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, Collana Quid di «Prospettive Sociali e Sanitarie», Milano.
- Sacchi S., 2006, *Che fine ha fatto il reddito minimo d'inserimento?*, «il Mulino», n. 5, pp. 870-880.
- Sacchi S., 2007, *L'esperienza del reddito minimo di inserimento*, in Saraceno C. e Brandolini A. (a cura di), *Povert  e Benessere. Una geografia delle disuguaglianze in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C. (a cura di), 2002, *Rapporto sulle politiche contro la povert  e l'esclusione sociale. 1997-2001*, Carocci, Roma.
- Taylor Gooby P., 2004, *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.

